

CARDIOLOGIE – Dossier N°1

- 1) IDM inférieur aigu en voie de constitution
- 2) Douleur thoracique angineuse typique, prolongée, sus-décalage du segment ST en DII, DIII et aVF, absence d'onde Q, évoquant un IDM très précoce.
- 3) Le traitement rapide de l'angor instable réduit le risque d'évolution vers un IDM.
- 4) Tachycardie ventriculaire
- 5) - CEE pour réduire le trouble du rythme
- AAP (Aspirine et Plavix /clopidogrel), anti GP IIb IIIa
- Héparine
- Reperfusion myocardique par angioplastie primaire
- Traitement bêta-bloquant

CARDIOLOGIE – Dossier N°2

1- Le souffle diastolique et les signes artériels périphériques (élargissement de la différentielle, abaissement de la pression diastolique, hyperpulsatilité artérielle) sont en rapport avec une insuffisance aortique. Il y a un petit souffle systolique d'accompagnement, compatible avec une IAo pure

Sur la radiographie thoracique, il semble exister une cardiomégalie débutante (par dilatation du VG ?)

L'ECG met en évidence une hypertrophie du ventricule gauche de type diastolique

On retient comme diagnostic d'insuffisance aortique chronique, modérée, avec début de retentissement ventriculaire gauche débutant.

2- IAo liée à une dystrophie des sigmoïdes aortiques (et/ou de l'aorte ascendante), IAo congénitale (bicuspidie aortique), moins vraisemblable aortite (rhumatismale, inflammatoire, ...), IA chronique post IAo aiguë méconnue (traumatisme thoracique fermé, endocardite infectieuse...)
IAo post-rhumatismale aiguë

3- Les sigmoïdes aortiques (nombre, morphologie, et cinétique), le ventricule gauche (dilatation, contractilité), l'aorte ascendante (dilatation et anévrisme)

4- Dilatation débutante du ventricule gauche sans altération de la contractilité (FR : 37%)
IAo asymptomatique sans retentissement important sur le ventricule gauche, il n'y a aucun élément (état de l'aorte ascendante à préciser néanmoins) incitant à une correction chirurgicale de la fuite aortique, donc aucune indication à un bilan invasif

5- Dysfonction ventriculaire gauche (dilatation et altération de la contractilité) asymptomatique puis insuffisance cardiaque symptomatique, endocardite infectieuse, rupture ou dissection aortique si dystrophie de l'aorte ascendante

6- Prévention de l'endocardite infectieuse avec éradication de tous les foyers infectieux potentiels (dents, urine, ...), antibio prophylaxie lors de soins dentaires, chirurgie digestive
Surveillance clinique et échocardiographique annuelle : taille et fonction du VG, taille de l'aorte ascendante

CARDIOLOGIE – Dossier N°3

1.

?? Rétrécissement mitral rhumatismal symptomatique. ;

?? Claquement d'ouverture mitral.

?? Stade III NYHA;

2.

?? Déviation de l'axe du Qrs > -30° ;

?? Onde P en DII (ou DI) de durée augmentée (>0.12sec) plate ou double contour, mais d'amplitude normale. P bifide en V1 (et/ou V2) a prédominance négative

3.

?? 1 : aorte,

?? 2 : artère pulmonaire gauche,

?? 3 : auricule gauche,

?? 4 :ventricule gauche.

4.

?? ACFA paroxystique (ou trouble du rythme supra ventriculaire paroxystique)

5. (3 sur 4 parmi ces réponses)

?? Echographie cardiaque transthoracique.

Echographie transoesophagienne.

Holter ECG

Cathétérisme droit

6.

?? Remplacement valvulaire chirurgical par prothèse mécanique ou biologique.

Plastie chirurgicale de la valve mitrale

Dilatation percutanée mitrale

Prophylaxie antibiotique d'Osler

CARDIOLOGIE – Dossier N°4

- 1- Rythme sinusal à 77cp/min. Sus-décalage du segment ST dans les dérivations antéro-latérales.
- 2- régression quasi-complète du sus-décalage du segment ST dans les dérivations antéro-latérales.
- 3- Angor de Prinzmetal, car sus-décalage transitoire du ST contemporain de la douleur et régression complète après administration de vasodilatateurs.
- 4- Perfusion de trinitrine par voie intraveineuse à l'aide d'un pousse seringue électrique avec surveillance de la pression artérielle.
Arrêt immédiat de la chimiothérapie.
- 5- La chimiothérapie et probablement de 5-Fluorouracile.
- 6- Une surveillance en unités de soins intensifs cardiologiques car il faut considérer ce patient à risque comme ayant un syndrome coronaire aigu.
L'administration d'un traitement antithrombotique comportant une association d'un antiagrégant plaquettaire et d'un anticoagulant est également requise.
Enfin, l'angiographie coronaire est indiscutable afin d'éliminer une pathologie coronaire sous-jacente qui est hautement probable dans ce contexte.